



43RD CONGRESS OF THE ESCRS
COPENHAGEN
12 - 16 SEPTEMBER 2025
Bella Center, Copenhagen - Denmark

COMPTE-RENDU DE CONGRÈS

RÉDACTION RÉALISÉE PAR LES OPHTALMOLOGISTES DE LA SFG ACADÉMIE ET ENCADRÉE PAR LE
PROFESSEUR FLORENT APTEL, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU GLAUCOME

C'est dans la charmante ville de Copenhague qu'a eu lieu le prestigieux congrès 2025 de l'ESCRS, placé sous le signe de l'innovation. L'un des moments marquants fut la commémoration du 30^e anniversaire du laser femtoseconde ; l'occasion de mesurer le chemin parcouru et d'ouvrir la réflexion sur ses applications futures.

Une attention particulière a été portée au glaucome. Le "Glaucoma Day", co-organisé avec la European Glaucoma Society, a mis en lumière les **avancées thérapeutiques** (MIGS, dispositifs de drainage, alternatives à la trabéculéctomie) et a revisité la **chirurgie filtrante conventionnelle** en abordant la prévention des complications et l'**adaptation des techniques aux profils des patients**. La potentielle place dans le futur de l'**intelligence artificielle** a également été abordée.

Les **traitements médicamenteux** ont occupé une place centrale, notamment à travers un débat enrichissant sur l'efficacité des génériques, la disponibilité des collyres sans conservateur et l'évaluation du rapport coût/bénéfice des nouvelles molécules et un panorama de l'usage présent et futur des **lasers** a été présenté.

Enfin, le congrès a rappelé l'importance capitale de la formation continue, de la recherche clinique rigoureuse et de l'adhésion des patients, autant de facteurs essentiels pour optimiser la prise en charge thérapeutique du glaucome.

DOCTEUR AMINA REZKALLAH
LYON



THROUGH HAMLET'S LENS

DOCTEUR GUILLAUME MORANGE, BORDEAUX

TO ACT OR NOT TO ACT: THAT IS THE QUESTION ?

DOCTEUR N. FELINIUS

Il existe un continuum dans la classification de la fermeture de l'angle avec trois stades, dont seul le dernier constitue une pathologie :

- Suspicion de fermeture primitive de l'angle
- Fermeture primitive de l'angle
- Glaucome par fermeture de l'angle

Chez les patients présentant une suspicion de fermeture primitive de l'angle, l'iridotomie périphérique n'est pas indiquée de manière systématique. La progression vers une fermeture primitive de l'angle reste en effet rare, et l'évolution vers une forme symptomatique encore plus.

Les études ZAP et ANA-LIS soulignent le nombre élevé d'iridotomies nécessaires pour prévenir la progression vers des stades plus avancés. Ainsi, l'iridotomie périphérique laser pour les PACS est indiqué chez des patients sélectionnés :

- Monophtalme
- Accès difficile à des soins d'urgence
- Patients vulnérables qui ont du mal à rapporter des symptômes oculaires
- Histoire familiale de glaucome par fermeture de l'angle
- Hypermétropie forte
- Dilatation pupillaire régulière
- Traitement antidépresseur ou avec action anticholinergique

THERE IS NOTHING EITHER GOOD OR BAD, BUT THINKING MAKES IT SO:

DOCTEUR S. LEINONEN

Un antécédent familial de glaucome au premier degré triple le risque de développer la maladie. Toutefois, ces données doivent être interprétées avec prudence en raison de plusieurs biais possibles :

- Biais de survie
- Biais de mémorisation
- Sous-Sur diagnostique
- Biais de sélection

BIAIS DE SURVIE

La présence d'un cas de glaucome dans une famille dépend de l'âge des apparentés, de la taille de la fratrie et du nombre de membres encore vivants.

BIAIS DE MÉMORISATION

10,6% des femmes rapportent une histoire familiale de glaucome pour 5,9% des hommes, 27% des patients ayant un antécédent familial déclaré ignoraient qu'un membre de leur famille était atteint.

ERREURS DIAGNOSTIQUES

La confirmation du diagnostic de glaucome au sein des familles améliorerait la fiabilité des données épidémiologiques.

En pratique, l'histoire familiale doit être recueillie avec soin, et celle-ci est particulièrement informative lorsqu'elle concerne plusieurs membres jeunes, avec une progression rapide, et plus encore dans les familles d'origine africaine.

THOUGH THIS BE MADNESS, YET THERE IS METHOD IN'T:

DOCTEUR A. TATHAM

A partir d'un cas de glaucome malin après implantation d'un drain Preserflo, le Dr Tatham a détaillé la stratégie thérapeutique de ces patients qui repose sur 3 grands principes :

- Poser un diagnostic précis (en éliminant notamment hémorragies ou effusions choroïdiennes)
- Diminuer l'inflammation et approfondir la chambre antérieure
- Obtenir un œil à "une seule chambre"

Pour cela, il décrit une prise en charge graduelle chez les patients pseudophaque.

1. Cycloplégie et diminution de production de l'humeur aqueuse
2. Irido-zonulo-hyaloidotomie laser avec laquelle il semble difficile d'obtenir réellement un œil à "une seule chambre"
3. Cyclodiode qui permet la coagulation et la rotation postérieure des corps ciliaires
4. Zonulo-hyaloido-vitrectomie
5. Vitrectomie par la pars plana avec hyloïdectomie antérieure

Une approche antérieure associant hyaloido-zonulo-iridectomie semble donner de bons résultats, en évitant une vitrectomie complète, laquelle pouvant compromettre la conjonctive et condamner souvent la chirurgie filtrante par fibrose de la bulle.

THE OCT DOTH PROTEST TOO MUCH, ME THINKS:

DOCTEUR M. PAZOS

Le Dr Marta Pazos a rappelé les précautions nécessaires à l'analyse de l'OCT chez le patient myope afin d'éviter des erreurs d'interprétation. Elle propose une démarche en quatre étapes : vérification de la force du signal, analyse des artéfacts, contrôle de la segmentation, corrélation anatomique.

La myopie réduit la force du signal, entraînant une sous-estimation de l'épaisseur du RNFL ou des erreurs de segmentation. Il est donc nécessaire de comparer la force du signal entre les visites pour éviter de conclure à tort à une progression.

Les artéfacts peuvent être des corps flottants, des défauts d'alignement ou liés au miroir et sont plus fréquents chez ces patients.

Les erreurs de segmentations peuvent mimer ou masquer les dommages glaucomateux nécessitant une relecture de la segmentation automatique avant interprétation.

Enfin, les variations anatomiques propres aux myopes (déviation temporelle des pics du RNFL) favorisent de faux amincissement des quadrants supérieurs et inférieurs chez ces patients absents des bases de données normatives.

THERE ARE MORE THINGS IN HEAVEN AND EARTH, HORATIO, THAN ARE DREAMT OF YOUR PHILOSOPHY:

DOCTEUR TOPOUZIS

Certaines études épidémiologiques suggèrent qu'un surtraitement de l'hypertension artérielle pourrait augmenter le risque de glaucome et accélérer la perte du champ visuel. En revanche, il n'a pas été démontré qu'un ajustement thérapeutique visant à augmenter le flux sanguin oculaire ait un effet bénéfique sur l'évolution de la maladie.

La prise en charge des patients glaucomateux avec hypotension artérielle reste controversée. Si le contrôle strict de l'HTA est indispensable en raison de sa forte association avec la mortalité, il peut être utile d'identifier les patients présentant des hypotensions iatrogènes marquées, afin d'adapter le traitement.



CHOOSE YOUR FUTURE: LASER, SURGERY, MEDS, OR AI??

PROFESSEUR LOUIS ARNOULD, DIJON

CHAIRS/MODERATORS:

H. J. BECKERS, NETHERLANDS

K. MANSOURI, SWITZERLAND

Cette session d'innovation a exploré les quatre grandes voies pour le futur du glaucome – laser, chirurgie, médicaments et intelligence artificielle – afin de redéfinir leur place respective dans les stratégies thérapeutiques de demain.

THE FUTURE IS LASER: PRECISION AT THE SPEED OF LIGHT

SPEAKER : G. GAZZARD, UNITED KINGDOM

RÉSULTATS DU LIGHT TRIAL (6 ANS) :

- SLT en première intention = contrôle tensionnel équivalent voire supérieur aux collyres.
- Moins de progression rapide : les patients traités d'emblée par collyres avaient une probabilité plus élevée de progression très rapide.
- Moins de recours à la chirurgie.

ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES :

- Zeiss SLT > automatisation et reproductibilité accrue.
- ViaLuxe / Flight system > combinaison femto-laser + OCT + gonioscopie HD pour un ciblage de haute précision.

Dans le futur, le laser devient un pivot de la première intention, soutenu par les innovations technologiques.

THE FUTURE IS SURGERY: EVOLVING TECHNIQUES FOR A NEW ERA

SPEAKER : H. J. BECKERS, NETHERLANDS

- MIGS = révolution chirurgicale : sécurité, profil favorable, intégration avec cataracte.

INNOVATIONS CLÉS :

- MIGS biodégradables (tissue remodeling) > prototype de drainage temporaire, réduction des complications chroniques avec pour objectif un remodelage des voies d'écoulement pour un effet prolongé.
- Implants ajustables magnétiques > modulation post-opératoire individualisée de la PIO.

Dans le futur, la chirurgie envisagée plus tôt dans le parcours, avec des approches combinées et personnalisées.

THE FUTURE IS MEDS: REINVENTING PHARMACOLOGIC THERAPY

SPEAKER : G. JOHANNESSON, SWEDEN

- Limites actuelles : observance, tolérance, instillations répétées.

AMÉLIORATIONS ACTUELLEMENT DISPONIBLES :

- Collyres sans conservateurs.
- Libération prolongée (bimatoprost SR, inserts, anneaux, lentilles).
- Nouvelles classes (Rho-kinase inhibitors, combinaisons innovantes).

INNOVATIONS DE RUPTURE :

- Thérapie génique prostaglandine-based rAAV > injection unique à effet durable.
- Nicotinamide (Vit B3) > neuroprotection via fonction mitochondriale.
- Agonistes du récepteur GLP-1 > effet neuroprotecteur et anti-dégénératif.

Dans le futur, vers une ère “drop-free therapy”, combinant contrôle tensionnel prolongé par thérapie génique et neuroprotection.

THE FUTURE IS AI: SMARTER, FASTER, PERSONALIZED CARE

SPEAKER: L. ABEGÃO PINTO, PORTUGAL

APPLICATIONS CONCRÈTES :

- Dépistage automatisé à grande échelle (imagerie rétinienne, OCT).
- Suivi longitudinal et détection précoce de la progression (RNFL, VFI, MD slopes).
- Prédiction personnalisée du risque de progression.
- Intégration dans les logiciels cliniques comme outil d'aide à la décision.

DÉFIS :

- Besoin de datasets diversifiés, validation multicentrique, régulation médico-légale, acceptabilité.

Dans le futur, **l'IA deviendra un compagnon clinique plutôt qu'un substitut**, optimisant dépistage, stratification et adhésion thérapeutique.



CHIRURGIE SUR-MESURE DU GLAUCOME

DOCTEUR EMILIE STASSENS, LIÈGE

Les présentations de cette session portaient sur les techniques mini-invasives et classiques, permettant d'adapter l'approche chirurgicale selon le stade du glaucome, les caractéristiques anatomiques et les objectifs tensionnels.

TECHNIQUES CHIRURGICALES ANGULAIRES MINI-INVASIVES (MIGS) : QUAND, QUOI ET COMMENT ?

DOCTEUR A. MIGUEL

La session a commencé par les microchirurgies angulaires du glaucome, en particulier l'iStent et l'Hydrus. Après un rappel des principes généraux, le Dr Miguel a souligné que la réussite chirurgicale repose sur la réalisation d'une gonioscopie systématique préopératoire ainsi que la préparation du patient. La position du patient en Trendelenburg inversé réduit le reflux veineux épiscléral et limite les saignements, tandis que l'utilisation généreuse de viscoélastique assure une vue optimale du trabéculum.

L'iStent doit impérativement être implanté dans le canal de Schlemm ; un micro-saignement confirme la pénétration et position adéquate. L'association à une goniotomie ou une goniosynechiolyse augmente les chances de succès et améliore la perméabilité de l'angle.

L'Hydrus agit par un triple mécanisme de bypass, dilatation et échafaudage du canal de Schlemm. Il nécessite une paracentèse distincte de l'incision principale et un geste préparatoire de goniotomie d'environ un millimètre avant l'insertion. Les résultats publiés demeurent hétérogènes : certaines études randomisées suggèrent une réduction de la pression intraoculaire (PIO) plus marquée avec l'Hydrus par rapport à l'iStent, tandis que d'autres montrent des résultats équivalents.

Les deux dispositifs présentent un excellent profil de sécurité avec une efficacité modérée par rapport aux chirurgies filtrantes classiques, ce qui les réserve à des glaucomes primitifs à angle ouvert légers à modérés, souvent en association à la phacoémulsification. Ils peuvent également être proposés dans certains glaucomes avancés stables chez des patients âgés, lorsque la priorité est donnée à la sécurité plutôt qu'à une baisse maximale de PIO.

L'orateur a conclu que la qualité du positionnement conditionne directement l'efficacité, et que les MIGS trabéculaires doivent être considérés comme une option sûre, reproductible et combinable dans l'arsenal thérapeutique du glaucome.

TRABÉCULOPLASTIE AU LASER EXCIMER (ELIOS) : QUAND, QUOI ET COMMENT ?

PROFESSEUR V. DE GRANDE

L'Elios est une technique de chirurgie mini-invasive reposant sur une trabéculotomie au laser excimer, appliquée par multiples impacts sectoriels. Il permet une ablation trabéculaire précise sans dommage thermique, et limite les atteintes collatérales.

La procédure est le plus souvent réalisée en association avec une phacoémulsification et peut être proposée non seulement dans les glaucomes légers à modérés, mais aussi dans les stades avancés ou terminaux lorsque l'objectif prioritaire est la préservation visuelle.

Les études rapportées montrent une réduction significative de la PIO et des médicaments. Les complications sont peu fréquentes et incluent majoritairement des pics de PIO ainsi que des hyphémas. L'avantage principal est l'absence d'implant intraoculaire, évitant les complications de malposition.

L'Elios améliore nettement l'adhésion thérapeutique et la qualité de vie, en réduisant la dépendance aux collyres. Son profil de sécurité élevé et son caractère reproductible en font une option attrayante du traitement moderne du glaucome.

XEN : QUAND, QUOI ET COMMENT ?

PROFESSEUR A. PRINZ

Le Xen, inséré par voie interne ou externe, crée un shunt de filtration vers l'espace sous-conjonctival selon les lois d'écoulement de Hagen-Poiseuille.

Les deux tailles, le Xen45 et le Xen63, offrent des profils de réduction tensionnelle différents : environ 35 % de baisse de la PIO avec le Xen45 et davantage avec le Xen63, au prix d'un risque plus élevé d'hypotonie.

Les études montrent une supériorité de la trabéculéctomie en termes de baisse de PIO mais une récupération visuelle plus lente et davantage de soins postopératoires. La sélection des candidats est essentielle : glaucomes légers à modérés, PIO > 21 mmHg, bonne acuité visuelle, patients plutôt jeunes et caucasiens selon certaines séries.

L'usage d'antimétabolites est indispensable pour limiter la fibrose. En pratique, le Xen constitue une alternative rapide et moins invasive que les filtrantes classiques, particulièrement intéressante chez les patients opérés de cataracte ou nécessitant une récupération fonctionnelle rapide.

PRESERFLO : QUAND, QUOI ET COMMENT ?

PROFESSEUR S. LEMMENS

Le Preserflo Microshunt est un dispositif externe en SIBS (poly-styrene-block-isobutylene-block-styrene) biocompatible et flexible, conçu pour réduire durablement la PIO avec un faible risque d'encapsulation. Il s'adresse surtout aux glaucomes primitifs à angle ouvert insuffisamment contrôlés, chez des patients avec une conjonctive saine.

L'implantation nécessite une dissection conjonctivale large, l'application de mitomycine C (0,4 mg/ml recommandé), puis la création d'un tunnel scléral vers la chambre antérieure. La vérification peropératoire du flux est essentielle. Chez les patients à risque d'hypotonie, il est envisageable d'insérer un fil intraluminal transitoire.

Les études randomisées montrent une réduction de PIO d'environ 30 % à 1 an, maintenue à 2 et 5 ans, avec une diminution significative du nombre de collyres. Comparé à la trabéculéctomie, l'efficacité tensionnelle est inférieure mais le profil de sécurité est meilleur, avec moins d'hypotonies sévères et de complications graves. Les complications les plus fréquentes sont bénignes et autolimitantes.

Le Preserflo offre ainsi une alternative standardisée, reproductible et plus simple que la trabéculéctomie, au prix d'une efficacité moindre. Le choix repose sur l'état conjonctival, les objectifs tensionnels et les préférences chirurgicales.

Y'A-T-IL TOUJOURS UN RÔLE POUR LA TRABÉCULECTOMIE ?

PROFESSEUR R. BELLUCI

Oui, la trabéculéctomie demeure une chirurgie de référence, surtout lorsqu'une baisse de PIO majeure est indispensable, comme dans les glaucomes à pression normale évolués ou les glaucomes avancés. Réalisée avec adjonction d'antimétabolites (en particulier la mitomycine C), elle reste la procédure offrant les résultats les plus durables en termes de contrôle tensionnel.

Les méta-analyses confirment une supériorité sur les microshunts pour la réduction de la PIO et l'obtention de pressions cibles très basses. Néanmoins, elle nécessite un suivi postopératoire plus contraignant et les complications sont plus fréquentes, notamment l'hypotonie. Les essais randomisés démontrent sa supériorité dans le glaucome avancé en termes de préservation du champ visuel.

Elle conserve aussi un rôle de chirurgie de sauvetage après échec d'implants comme le Xen ou le Preserflo, même dans des yeux complexes et cicatriciels. La trabéculéctomie reste également privilégiée dans des indications particulières, comme les glaucomes congénitaux rares.

Si les MIGS et les microshunts représentent des alternatives sûres et reproductibles, la trabéculéctomie demeure incontournable lorsque la cible tensionnelle est très basse ou dans les glaucomes sévères réfractaires.



L'USAGE DU LASER DANS LA PRISE EN CHARGE MODERNE DU GLAUCOME

DOCTEURE AMINA REZKALLAH, LYON

MODÉRATEUR :

A. ELSAHN

Principles and Properties of Ophthalmic Lasers

A. ELSAHN, UNITED KINGDOM

Selective Laser Trabeculoplasty and Direct Selective Laser Trabeculoplasty

G. GAZZARD, UNITED KINGDOM

Excimer Laser Trabeculostomy

D. LINDFIELD, UNITED KINGDOM

Femtosecond Laser, image-guided, High-precision Trabeculotomy (FLIGHT)

G. GAZZARD, UNITED KINGDOM

Endoscopie Cyclo Photoablation

F. AHMED, UNITED KINGDOM

Micropulse transscleral cyclophotocoagulation

M. RADWAN, UNITED KINGDOM

Cette session a décrit les principes physiques des lasers ainsi que leur usage en ophtalmologie.

Largement utilisés dans tous les domaines de l'ophtalmologie, les lasers constituent un outil thérapeutique incontournable. Ils reposent sur l'émission d'un faisceau lumineux cohérent, monochromatique et hautement focalisé, dont les paramètres (longueur d'onde, puissance, durée d'impulsion) peuvent être ajustés avec une grande précision pour cibler des structures tissulaires spécifiques.

Il existe plusieurs types de lasers, chacun ayant des indications particulières et des mécanismes d'interaction avec les tissus différents. La longueur d'onde, la puissance et la durée d'exposition sont modulées en fonction du tissu à traiter et de l'effet recherché :

- **Photoablatif** : laser Excimer
- **Photochimique** : SLT
- **Photocoagulation** : Argon, diode
- **Photodisruptif** : Nd:YAG, femtoseconde

Concernant le glaucome, le laser joue un rôle majeur dans sa prise en charge. La trabéculoplastie sélective au laser (SLT) est actuellement privilégiée en première intention, ou lorsque le traitement médical seul ne suffit pas à contrôler la pression intraoculaire ou qu'il est mal toléré. Elle cible spécifiquement les cellules pigmentées du trabéculum afin d'améliorer l'écoulement de l'humeur aqueuse, tout en limitant

les altérations tissulaires. Ainsi, la procédure peut être répétée si nécessaire. La trabéculoplastie à l'argon (ALT), plus ancienne, reste une option mais entraîne davantage de modifications structurelles et est donc moins utilisée en première intention. Parmi les évolutions technologiques intéressantes, le Zeiss SLT permet une automatisation et une meilleure reproductibilité. Quant au ViaLuxe / Flight system, il combine un femto-laser une OCT et une gonioscopie HD ce qui permet une sélectivité optimale des zones à traiter.

L'**ELIOS** présente une surface de traitement de $10 \times 210 \mu\text{m}$, plus étendue que celle de l'iStent ($2 \times 80 \mu\text{m}$) et de l'Hydrus ($290 \mu\text{m}$). L'avantage de ce traitement serait son usage possible en dehors de la chirurgie de la cataracte, avec un effet pressio-nnel efficace. Des études sont en cours.

Dans les glaucomes réfractaires sévères, la **cyclophotocoagulation au laser diode** constitue un recours efficace : elle réduit la production d'humeur aqueuse en détruisant partiellement les corps ciliaires. Néanmoins, des complications sévères peuvent survenir (hypertonie oculaire, hypotonie, œdème maculaire cystoïde, phtyose...). Cette technique doit donc être réservée aux cas sévères et réfractaires, compte tenu de ses possibles complications sévères. La cyclophotocoagulation au laser diode micropulsé semble représenter une alternative intéressante pour les cas moins sévères, avec un taux de succès de 60 à 80 % et une réduction de la charge thérapeutique. Moins d'effets indésirables ont été rapportés par rapport au laser diode conventionnel.

L'**endocyclophotocoagulation** des corps ciliaires est également une option intéressante, applicable à presque tous les types de glaucomes, avec une courbe d'apprentissage relativement rapide. Certaines complications ont néanmoins été décrites (uvéites, œdème maculaire, pics d'hypertonie, hypotonie, décollement de rétine), soulignant l'importance d'un suivi post-opératoire rigoureux.

Un nouvel outil, la **trabéculoplastie au laser diode micropulsé**, a récemment été présenté. Ce traitement consiste en l'application d'un laser diode micropulsé directement sur le trabéculum, dans le but de stimuler biologiquement le tissu sans effet coagulateur. Il serait indiqué pour les GPAO et l'HTO, en alternative ou après SLT. L'anesthésie est locale, et l'usage d'un gonioprisme est nécessaire pour un traitement sur 360° . Les paramètres habituels sont une puissance de 1000 mW et une taille de spot de $300 \mu\text{m}$. La réduction de la pression intraoculaire serait de 20 à 30 % à 6–12 mois, avec possibilité de répéter les séances. Des inflammations transitoires et des pics d'hypertonie oculaire ont été décrits.

Le laser en ophtalmologie représente ainsi un outil thérapeutique de haute précision, permettant d'intervenir à différents niveaux de l'œil avec un impact minimal sur les tissus adjacents. De la photocoagulation rétinienne aux procédures sur le trabéculum ou l'iris, son emploi exige une connaissance approfondie des principes physiques, des indications et des limites de chaque type de lasers. Sa maîtrise constitue une compétence centrale pour l'ophtalmologiste moderne, offrant au patient une prise en charge efficace, reproductible et peu invasive. Ces outils doivent être utilisés avec rigueur : protection oculaire systématique, réglage précis des paramètres et information claire du patient sur le bénéfice attendu, les alternatives et les risques encourus.



INOVATION DAY

DOCTEUR AYMERIC BARBARROUX, LYON

La session dédiée aux entreprises émergentes a permis de découvrir trois innovations prometteuses, chacune proposant une approche originale pour améliorer la prise en charge du glaucome, tant sur le plan chirurgical que thérapeutique.

CILIATECH - L'INTERCIL[®], UN DISPOSITIF SUPRACHOROÏDIEN

La société **Ciliatech** a présenté un dispositif médical récemment certifié CE : conçu comme une **plaque suprachoroïdienne** agissant en créant un espace entre le corps ciliaire et la sclère. Contrairement aux dispositifs tubulaires classiques assurant le drainage de l'humeur aqueuse, ce concept repose sur **une modulation passive de l'écoulement** via un implant non filtrant.

L'implantation se réalise par voie ab externo au moyen de **deux micro-incisions sclérales** de pleine épaisseur. Le dispositif est alors positionné dans l'espace suprachoroïdien, permettant ainsi de préserver l'intégrité de la chambre antérieure et des tissus trabéculaires. Il peut être positionné à n'importe quel quadrant horaire.

Les **résultats cliniques** (SAFARI 3) à 24 mois démontrent un abaissement de la pression intraoculaire (-40%) et de la charge thérapeutique (-81%) avec une bonne tolérance du dispositif. Un suivi prolongé à 36 mois est en cours.

Ce dispositif vise les **patients insuffisamment contrôlés par un MIGS**, mais ne relevant pas encore d'une chirurgie filtrante. D'un point de vue réglementaire et commercial, le marquage MDR a été obtenu à l'été 2024, et les premières actions de lancement sont en cours au **Royaume-Uni et en Allemagne**.

VIALASE - FLIGHT (FEMTOSECOND LASER IMAGE-GUIDED HIGH-PRECISION TRABECULOTOMY)

La société **ViaLase** propose une innovation radicale : **la réalisation d'une trabéculotomie sans incision** à l'aide d'un **laser femtoseconde**. Cette technologie se base sur l'OCT et sur l'imagerie gonioscopique haute définition pour permettre au chirurgien **de repérer les structures cibles avec une précision**. **L'application du laser par voie transcornéenne permet de créer** un canal de drainage, sans lésion des tissus adjacents.

Le traitement peut être appliqué à **différents quadrants de l'œil**, et les patients bénéficient d'un **rétablissement visuel rapide**, sans recours à l'anesthésie. Les études préliminaires n'ont rapporté **aucun effet indésirable sévère** avec un abaissement pressionnel de 34% à 24 mois (N= 18).

Selon le développeur, le laser femtoseconde pourrait être une **option complémentaire au SLT**. De plus larges études sont à ce jour nécessaires pour évaluer son efficacité et sa place dans l'arsenal thérapeutique.

EYEGO - LE MISTGO®, UN SYSTÈME DE MICRODOSES POUR COLLYRES ANTIGLAUCOMATEUX

Enfin, **Eyego** a présenté un dispositif innovant **d'administration oculaire**, permettant la délivrance contrôlée de **micro-dose de collyre (6µL)**. Ce dispositif limite les risques de surdosage et de contamination, tout en simplifiant la manipulation pour le patient. Le système est simple d'usage, y compris pour des patients âgés ou à dextérité réduite.

D'un point de vue économique, bien que le coût initial soit supérieur à celui d'un flacon traditionnel, **la production à grande échelle** devrait en réduire significativement le prix. Ce système pourrait représenter **une avancée notable en matière d'administration topique sécurisée et reproductible**. Affaire à suivre !

Ces trois présentations illustrent **la diversité et la vitalité de l'innovation dans le domaine du glaucome**. Qu'il s'agisse d'implants suprachoroidiens mini-invasifs, de chirurgie laser non incisionnelle ou de systèmes de délivrance médicamenteuse optimisée, ces approches visent toutes à **renforcer la sécurité, la précision et l'efficacité des traitements, tout en améliorant l'expérience du patient et la continuité des soins**.



43RD CONGRESS OF THE ESCRS
COPENHAGEN
12 - 16 SEPTEMBER 2025
Bella Center, Copenhagen - Denmark

COMPTE-RENDU DE CONGRÈS

RÉDACTION RÉALISÉE PAR LES OPHTALMOLOGISTES DE LA SFG ACADÉMIE ET ENCADRÉE PAR LE
PROFESSEUR FLORENT APTEL, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DU GLAUCOME

Ce document est un compte rendu du congrès international de COPENHAGUE, réalisé avec le soutien logistique et financier du laboratoire Théa, dont l'objectif est de fournir une synthèse des communications réalisées lors de ce symposium par les différents intervenants. Ainsi, les données présentées sont susceptibles de ne pas avoir été validées par les autorités françaises et, dans ce cas, ne doivent pas être mises en pratique. Certains dispositifs ne peuvent être mis sur le marché ni mis en service avant leur mise en conformité au règlement 2017/745.

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de l'activité d'information promotionnelle de Théa Pharma S.A.S. Conformément à la loi «Informatique et libertés» du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, et dans certains cas de suppression. Si vous souhaitez exercer vos droits et obtenir des informations concernant le traitement de vos données effectué par Théa Pharma, vous pouvez nous contacter par email : privacy.france@theapharma.com ou par courrier : au service Marketing, Théa Pharma, 37, rue Georges Besse, 63100 Clermont-Ferrand. Si vous souhaitez nous faire part de votre appréciation sur la qualité de la visite médicale, vous pouvez nous contacter par email : compliance.france@theapharma.com ou par téléphone au 04.73.74.95.00.

PRO-MNP-FR-2264-FR-v1

Théa Pharma - S.A.S. au capital de 1 000 000 Euros - 833 730 559 R.C.S. Clermont-Ferrand - TVA INTRACOM. FR32 833 730 559